

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кириченко Ан.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным формам психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у 1/4 популяции (Robins L.N. et al.,

1984). Симптомы патологической тревоги выявляют у 30–40% больных, обращающихся к врачам общемедицинской практики (Fejeregnyhazi L., 1995). При отсутствии адекватного лечения тревожные расстройства могут осложняться алкогольной зависимостью. В таких случаях эффективность терапии по поводу первичной патологической тревоги существенно снижается [6].

Несмотря на высокую заболеваемость, тревога обычно в недостаточной степени распознается врачами общей практики. К психиатрам же попадают пациенты с более тяжелыми, уже достаточно длительно существующими проявлениями тревоги.

Лечение тревожных расстройств нередко бывает затруднительным, требует времени и упорства. Простого разубеждения в необоснованности волнений, советов «взять себя в руки» в таких случаях недостаточно. Многие пациенты сами находят набор препаратов, способных купировать приступ паники. В этот "джентльменский" набор, как правило, входят бетта-адрено-блокаторы, корвалол, валокордин, седативные препараты. Пациенты постоянно носят лекарства при себе, отсутствие лекарств вызывает выраженную тревогу и служит провокатором приступа.

Более того, часто при лечении тревожных расстройств врачи предпочитают то, что более доступно. СИОЗС относительно дороги, и врачи обходятся более дешевыми и банальными средствами. Иногда это зависит от «школы» и «политики больницы».

Материалы и методы. СИОЗС в лечении тревожных расстройств.

Результаты исследований, выполненных за последние 10 лет, достоверно подтверждают ключевую роль дисфункций серотонинергической системы в патогенезе тревожных расстройств (Ballenger J.C., 1996). Показано, что антидепрессанты, подавляющие обратный захват серотонина (ингибиторы обратного захвата серотонина — ИОЗС) пресинаптическими нейронами центральной нервной системы, эффективны в терапии не только при депрессии, но и тревожных расстройствах. Значительный прогресс в области фармакологических исследований в 80-е годы прошлого века ознаменовался разработкой селективных ИОЗС (СИОЗС), используемых в современной клинической практике. Их главное преимущество перед так называемыми классическими, или традиционными трициклическими антидепрессантами («грязными препаратами»), заключается в уменьшении побочных эффектов благодаря селективному механизму действия.

СИОЗС отличаются в целом лучшей переносимостью и, по

данным многих исследований, большей эффективностью по сравнению с ТЦА (хотя результаты сравнения не вполне однозначны). Вместе с тем серотонинергические антидепрессанты уступают ТЦА по некоторым характеристикам. Прежде всего это недостаток немедицинского плана – меньшая в настоящее время экономическая доступность, связанные с ней проблемы длительной амбулаторной терапии, кроме того, отсутствие инъекционных форм у большинства препаратов [9].

Преимущества СИОЗС

- Эффективная терапия и тревожных и депрессивных симптомов
- Безопасность
- Минимальный кардиоваскулярный риск
- Отсутствие привыкания
- Возможность длительной терапии
- Профилактическая терапия – предупреждение расстройств
- Комплаенс
- Эффект сохраняется до тех пор, пока продолжается лечение

Длительное лечение позволяет избежать рецидивов

Недостатки СИОЗС

- Сексуальные побочные действия
- Бывает необходимость в титрации дозы
- Могут возникнуть трудности в определении раннего начала реакции на проводимое лечение
- Медленное, постепенное улучшение в течение недель или месяцев.

Минимальный эффект плацебо

- Нередкое возникновение в течение первых 2-3 недель приема явлений гиперстимуляции (раздражительность, бессонница, нервозность), усиление тревоги и панической симптоматики.

Результаты и обсуждение. Лечение антидепрессантами продолжают не менее 6 месяцев после купирования симптомов, затем пробуют постепенно отменить препарат.

Тревожные расстройства часто сопровождаются зависимостью от алкоголя и психоактивных веществ. В таких случаях не рекомендуется назначать бензодиазепины и препаратами выбора становятся СИОЗС, которые не вызывают лекарственной зависимости и способны эффективно воздействовать на сопутствующую тревожным расстройствам депрессию.

Бензодиазепины в лечении тревожных расстройств.

Транквилизаторы за последние 10–15 лет в известной мере

утратили господствующее положение, обусловленное тем, что спектр их действия охватывает практически все психопатологические синдромы непсихотического уровня.

Короткий курс во многих случаях бывает явно недостаточным. Тем не менее, транквилизаторы могут использоваться в виде коротких курсов, в том числе повторных. Наиболее употребительны из транквилизаторов-анксиолитиков алпразолам, феназепам, реланиум, клоназепам, лоразепам, атаракс, из дневных транквилизаторов – грандаксин, мезапам, нозепам, из транквилизаторов с преобладанием снотворного действия – нитразепам, рогипнол, дормикум [3].

Комбинированное применение СИОЗС и бензодиазепинов.

Несмотря на недостатки, транквилизаторы, особенно бензодиазепины, часто применяют в качестве дополнения к лечению тревожных расстройств во всем мире.

Бензодиазепины используют в первые 4-6 недель до развития эффекта антидепрессантов. Затем дозировки бензодиазепинов постепенно уменьшаются до полной отмены. Длительная терапия бензодиазепинами показана только при неэффективности других терапевтических мероприятий.

По данным ряда авторов [Nutt D. et al, 1997], при одновременном назначении антидепрессанта (СИОЗС, ТЦА) и бензодиазепинов эффективность терапии повышается в результате взаимного потенцирования психотропной активности препаратов обоих психофармакологических классов [4].

Заключение. Сегодня при лечении тревожных расстройств наряду с бензодиазепинами и «старыми» группами антидепрессантов все больше продолжают применяться селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (в т.ч. пароксетин). При лечении необходимо учитывать как все преимущества, так и все недостатки применяемых групп препаратов, а также глубину патологического процесса, преморбид, возраст, профессию пациента и коморбидную патологию.

Литература:

1 Пароксетин при лечении депрессий у больных общесоматического стационара / М. Ю. Дробижев [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. № 4

2. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для всех / Р. А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006. – 478 с.

3. Курпатов, В. И. Депрессия и тревога у больных в общемедицинской практике / В. И. Курпатов, В. В. Титова // Пограничные психические расстройства. – 2006. №1

4. Мосолов, С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов. – С.-П.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 566 с.

5 Применение препарата Паксил (Пароксетин) при лечении панического

расстройства (результаты российского мультицентрового исследования) / С. Н. Мосолов [и др.]. – М., 2003.

6. Нэмэт, А. Эффективность пароксетина в терапии пациентов с тревожными расстройствами / А. Нэмэт, Г. Агостон // Украинський мед. часопис – 2005. – № 6.

7. Протоколы (стандарты) диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях / под ред. проф. Р. А. Евсегнеева. – Мн., БЕЛЦМТ, 2005.

8. Румянцева, Г. М. Клиническая эффективность препарата "Рексетин" (пароксетин) при расстройствах тревожного спектра / Г. М. Румянцева, А. Л. Степанов, Т. М. Левина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 07, № 5.

9. Сергеев, И. И. Психофармакотерапия невротических расстройств / И. И. Сергеев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 05, № 6.

10. Депрессии в общей медицинской практике / Смулевич А.Б. [и др.]. – М.: Берг, 2000. – С. 65–72.